ac

Beitrag zur Kenntnis der psychischen Störungen und Psychosen bei Chorea Minor.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 6. Dezember 1907

NEBST DEN BEIGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Schlioma Markowitsch

aus Russland.

OPPONENTEN:

Herr Dr. med. Rochlin.

„ cand. med. von Slatow.

„ cand. med. Pechowitsch.

Berlin.

Druck von Emil Ebering

Mittelstrasse 29.

37

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Geh.-Rat. Prof. Dr. Ziehen.

Meinen teuren Eltern

und

meiner lieben Schwester Gita

in Dankbarkeit und Anerkennung

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153524_0097

Weit in die Vergangenheit reicht die Geschichte jener, um mit Wichmann zu reden, „sonderbaren“ Krankheit, die überall unter dem Namen St. Veits-Tanz bekannt ist. Zwar nicht so weit, dass schon Hippocrates von der Krankheit wissen konnte, wenn es ihm auch von manchen zugeschrieben wird, wie es J. Schultze mitteilt (S. 7), der Veitstanz kann aber schon in den nächsten Jahren sein IX-Jahrhundert-Jubiläum feiern. In seiner „Geschichte der Medicin“ (S. 191) weiss Heinrich Haeser von einer zum ersten Mal im Jahre 1021 vorgekommenen Tanzsucht zu berichten. Es darf kein Wunder nehmen, dass diese Krankheit, seitdem sie öfters aufzutreten und sich mehr zu verbreiten begann, immer mehr und mehr die Aufmerksamkeit der Forscher auf sich lenkte. Und wie es immer in der Wissenschaft vorkommt, je mehr man mit der Krankheit bekannt wurde, desto mehr beschäftigte man sich mit ihr, und als Folge dieser Forschungen ist uns eine enorme Literatur geblieben. In dem beständigen Streben, das Wesen der Krankheit zu erkennen, ist sie, wenn ich mich so ausdrücken darf, von allen Gesichtspunkten und in allen ihren Beziehungen untersucht worden. Zweifellos fehlten nicht dabei die Ansichten (es wäre unbegreiflich, wenn es anders wäre), die die Chorea als durch Zauberei und Hexerei hervorgerufen erklärten (. . . le résultat de sortilèges et de maléfices . . .“ Rufz p. 224). Zum Beweise dessen, wie weit man in dieser Hinsicht ging, wird es genügen, wenn ich

daran erinnere, dass man den Veitstanz auch noch am Anfang des XIX. Jahrhunderts in gewisse Beziehungen sogar . . . . zum „Mondwechsel“ stellte, wie es Garn tat, dessen 11jähriger Patient namentlich beim Mondwechsel litt, und ebenso Mervana im Jahre 1803 (Wicke S. 287). Das waren wohl die letzten Nachklänge der „metaphysischen Phase“ des Veitstanzes, wenn ich die Geschichte des Veitstanzes ebenfalls nach den drei Phasen von Comtes „Positiver Philosophie“ betrachten darf, wie es Preuss (S. 107) bei der Betrachtung der Evolution der Geschichte der Medizin überhaupt nachzuweisen versucht. Und wer vermag deshalb jene zahllosen Substantiva und Adjektiva, die der Chorea von ihren noch zahlloseren Forschern zu ihrer näheren Definition beigelegt wurden, aufzuzählen! Selbstverständlich ist dabei auch „die Seele“ nicht vergessen worden, wenn auch die Angaben über ihren Zustand bei der Chorea bis zum Anfang des XIX. Jahrhunderts sehr sparsam und verhältnismässig wenig verwertbar sind. Ich halte es deshalb für das richtigste, mit den Forschungen des XIX. Jahrhunderts zu beginnen, da erst ungefähr seit dieser Zeit „die positive Phase des Veitstanzes“ zu rechnen ist.

Das allen Autoren bis Anfang des vorigen Jahrhunderts Gemeinsame ist, dass ihnen der Gedanke fern ist, ob nicht vielleicht bei den „unwillkürlichen Bewegungen“ nach Wicke, das heisst, bei der Chorea minor auch das Gehirn ergriffen sei, oder ob nicht sogar überhaupt der Sitz der Chorea im Gehirn sei. Wenn sie von einer psychischen Störung mitunter reden, so betrachten sie die letzte als etwas Zufälliges und Nebensächliches, ungeachtet dessen, dass schon im Anfang des XIX. Jahrhunderts Fälle von verschiedenen schweren psychischen Störungen bei

Chorea veröffentlicht wurden. So spricht schon im Jahre 1805 J. Coxe über Blödsinn der Choreakranken, im nächsten Jahre berichtet über dasselbe Willy, über dieselbe Erscheinung auch Clarn im Jahre 1808 und Martin im Jahre 1813 (Wicke). Herz schreibt im Jahre 1811 über gesteigerte Empfindlichkeit des Gemeingefühls (Herz S. 119), Lasseverie gibt im Jahre 1807 Störungen des Ideenganges bei Chorea minor, auch Richelmi im Jahre 1812 und Stuart im Jahre 1823 sogar Visionen bekannt. Ueber mehrere psychische Störungen berichtet Bouteille im Jahre 1810 in seinem Werke „Traité de la chorée ou danse de St. Guy"-Paris. Nach seiner Ansicht ist ein psychisches Leiden häufig vorhanden, welches in Form von „Zerstreutheit", „Gedächtnis- und Verstandesschwäche" und sogar „irre reden" erscheint (Wicke S. 262—266). — Mit der Frage über das Vorhandensein von psychischen Störungen bei Chorea minor wurde die Frage über den Sitz der Chorea, welche letztere auch bis heute noch nicht ihre endgültige Entscheidung gefunden hat, eng verbunden. Es liessen sich wiederholt Stimmen hören, die über mehrere psychische Störungen berichteten und deshalb den Sitz der Chorea in dem Gehirn suchen wollten; andere hielten für den Sitz der Chorea das Kleinhirn, aber am hartnäckigsten war noch die Meinung verbreitet, dass die Chorea eine Erkrankung des Rückenmarks sei. Die letzte Ansicht wurde ausführlich im Jahre 1823 von Stiebel sen. vertreten, wie es sein Sohn Stiebel jun., der mit dem Vater ganz einverstanden ist, im Jahre 1851 mitteilt (Stiebel jun. S. 369), obwohl auch Stiebel sen. berichtet, dass die Krankheit Blödsinn und Geistesverwirrung hervorrufen kann (Wicke S. 450). Auf demselben Standpunkt steht im Jahre 1834 Rufz,

der über 189 Choreafälle aus dem Pariser Kinderhospital berichtet. Er will niemals irgendwelche psychische Störungen, die im Zusammenhange mit der Chorea seien, gefunden haben. Die Kinder sollen ganz ihre Gefühls- und Intelligenzfähigkeiten bewahren (Rufz S. 235). Auf Grund seiner Beobachtungen über den geistigen Zustand seiner Patienten und da er niemals einen Choreafall, bei dem die unwillkürlichen Bewegungen sich nur auf die unteren Extremitäten beschränkten, gesehen hatte, gelangte Rufz zu dem Schluss, dass man in keinem Fall die Chorea für eine Gehirnerkrankung halten dürfe. Ganz einverstanden mit Rufz ist Romberg, obwohl er „unwillkürlich" in mehrere Widersprüche verfällt. Romberg verlegt die Entstehung der krankhaften Bewegungen ins Rückenmark und betont ihre Unabhängigkeit von cerebralen Einflüssen, denn „psychische Störungen machen sich nicht bemerkbar." (Romberg S. 438). Romberg muss aber schon auf der nächsten Seite von verschiedenen häufigen Komplikationen berichten: Aufgeregtheit, Delirien und Stumpfsinn. Weiter gibt auch Romberg den Einfluss „von Gemütsaffekten, besonders Schreck und Furcht, als wirksamsten Anlässen der Chorea" zu (R. S. 440), und endlich widerlegt sich Romberg selbst ganz durch seine Mitteilung eines eigenen Falles von Chorea. Es handelte sich um einen 13jährigen Knaben, der an Chorea litt; bei diesem zeigte sich „Aufregung der psychischen Tätigkeit, welche sich auch zur Nachtzeit durch lautes irres Sprechen und unruhige Träume äusserte". Zu dieser Zeit ungefähr erschien die Monographie von Wicke. Er sammelte in seiner Monographie alles, was zu seiner Zeit über die Chorea geschrieben war. Uns interessieren hier bloss die psychischen Verände-

rungen, die er bei der Chorea gefunden hat und welche unleugbar von grosser Zahl sind. Auf Seite 247 schreibt Wicke: „Die unwillkürlichen Bewegungen (d. h. Chorea minor) erscheinen bald ohne, bald mit Vorläufern. Als solche ergeben sich: eine grosse Reizbarkeit und Verstimmung des Gemütes, ungewöhnliche Heiterkeit und Trauer, Niedergeschlagenheit, Mürrischkeit und Verdriesslichkeit; Neigung zum Weinen und Lachen, auch ohne bekannte Veranlassung; Klagen und Schreien; Gleichgiltigkeit oder selbst Widerwille gegen sonst liebe Dinge und Personen; ein kindisches, einfältiges Betragen, Gedankenlosigkeit, Zerstreutheit und Vergesslichkeit". . . . Ungeachtet dieser „Vorläufer" will Wicke doch nicht „von wesentlicher Störung der Psyche" und von „wirklicher Gemütskrankheit" wissen. Er muss aber zugeben, dass die Abweichungen der normalen psychischen Verrichtungen, die er als „ausserwesentliche Symptome" bezeichnet und die „nur in der Minderzahl der Fälle" vorkommen, sich sogar in der Form von Blödsinn, Störung des Ideenganges, Delirien, Hallucinationen, Leiden der Geisteskräfte, des Gedächtnisses, des Verstandes und der Urteilsfähigkeit darstellen. Wenn auch „das Bewusstsein niemals aufgehoben ist", kommen dagegen viel häufiger Aenderungen in der Gemütsstimmung und in den Gefühlen vor: die Kranken sind sehr aufgeregt, furchtsam und schreckhaft, jähzornig, heiter oder mürrisch, traurig, ungeduldig, boshaft, melancholisch etc. . . .; sie lachen, weinen, seufzen, zeigen grosse Liebe zur Einsamkeit (W. S. 263—264). Alle diese verschiedenartigsten psychischen und geistigen Störungen, von denen Wicke selbst mitzuteilen weiss, scheinen auf ihn keinen besonderen Einfluss zu haben, denn er kommt doch zum Schlusse, dass „das

Geistige in der Chorea wesentlich und primär niemals, höchstens nur sekundär leidet" (von den Steinen S. 11). Aber die Arbeit ist auch in dieser Hinsicht nicht nutzlos geblieben. Durch seine Mitteilungen über die verschiedenartigen psychischen Störungen angeregt, begannen die Autoren immer mehr auf diese zu achten und in den fünfziger und sechziger Jahren sehen wir ganz neue Ansichten über die Chorea Fuss fassen. So rechnete Wunderlich im Jahre 1854 die Chorea minor überhaupt zu den Geisteskrankheiten und betonte in derselben die psychische Alteration; es ist deshalb nicht „wunderlich", wenn Wunderlich 100 % mit seelischer Störung fand. Im Jahre 1860 beschäftigte sich Marcé mit der Frage der psychischen Störungen bei Chorea. Er berichtet über 57 Fälle, von denen bei 36, d. h. bei $^2/_3$ aller Fälle verschiedene psychische Störungen vorhanden waren (Marcé p. 5). Marcé machte deshalb einen Versuch, diese vielfachen Störungen in vier bestimmte Gruppen zu ordnen:

Zur I. Gruppe gehören die Störungen des moralischen Gefühls: Charakterwechsel, Veränderlichkeit, Reizbarkeit, Neigung der Kinder zum Lügen. Alle diese Erscheinungen gehen oft dem Eintritt der choreatischen Bewegungen auf mehrere Tage, sogar Wochen voran (p. 8). Zur II. Gruppe zählte er die intellektuellen Störungen: Schwäche des Gedächtnisses und der Aufmerksamkeit; Ideenflucht etc. Zum Beweis dessen, wie weit die Schwäche des Gedächtnisses sein kann, berichtet Marcé über ein junges Mädchen (Obs. VI), welches die meisten Einzelheiten ihrer intimsten Bekanntschaft vergessen hatte. Diese intellektuellen Störungen kommen nie isoliert vor, sondern zusammen mit den Störungen des moralischen Gefühls und hauptsächlich bei Kindern; sie vermindern

sich mit dem Abnehmen der choreatischen Bewegungen und nach Genesung bleiben von diesem keine Folgen zurück. Dies alles spricht nach Marcés Ansicht dafür, dass die intellektuellen Störungen nur nebensächliche Symptome sind, die ganz der Chorea unterworfen sind. Er weist dabei u. A. auf die Disposition der Idioten zur Chorea (p. 9—10) hin. In die III. Gruppe kommen die Hallucinationen. Marcé sah unter seinen Kranken elf Mal Visionhallucinationen, drei Mal Tasthallucinationen, ein Mal Gehörshallucinationen und niemals Geschmacks- oder Geruchshallucinationen. Die Hallucinationen waren bei den Kranken nicht im Wachen, sondern unmittelbar vor dem Erwachen. Sobald die Patienten die Augen schliessen, sehen sie schreckliche Gegenstände, Totenköpfe, Särge, Kreuze, Kirchhöfe, Hexenküchen, verschiedenartige Bestien, die auf ihr Bett klettern, die sich in den Vorhängen verbergen, um plötzlich wieder zu erscheinen. Beim Oeffnen der Augen verschwinden alle diese Objekte. Marcé meint, dass zu den Hallucinationen besonders die mit Hysterie komplizierte Chorea neigt (p. 14). Marcé sagt dabei, dass bis dahin noch nie von Hallucinationen bei Chorea berichtet worden ist . . . . „Des hallucinations, phénoměne, qui jusqu'ici n'avait jamais été signalé dans la chorée“ (M. p. 19). . . . . Tatsächlich stimmt es aber nicht. Denn es ist schon oben erwähnt worden, dass bereits im Jahre 1823 Stuart Visionen bekannt gegeben hat; auch wird bei Wicke (Wicke S. 263) von Hallucinationen erzählt.

Endlich die IV. Gruppe bezeichnet Marcé als „Délire maniaque“. Diese Störungen kommen sehr selten vor und sind noch sehr wenig bekannt. Sie gehören zu den schwierigsten Fällen, von denen die Hälfte letal endet, während bei den übrigen verschiedene psychische Störungen zurückbleiben. Als

Ergänzung der Arbeit von Marcé sei erwähnt der kurze Bericht von Duchesne über Chorea mit Hallucinationen im Jahre 1861.

Was Wunderlich im Jahre 1854 begonnen hat, das hat Arndt im Jahre 1868 vollendet. „Es gibt sonach keine Chorea ohne gleichzeitige Gehirnaffektion“ . . . sagt Arndt (Arndt S. 521). Mit diesem Satze von Arndt kann man noch vielleicht einverstanden sein. Wenn man auch zu den eifrigsten Anhängern von Arndt gehört, kann man ihm doch nicht zustimmen in seinem zweiten Satze: . . . „es gibt auch keine Chorea ohne psychische Alteration, ich wiederhole es, ohne gleichzeiges psychisches Leiden“ (S. 521). Zwar erklärt Arndt in der Vorrede, dass er unter „psychischer Störung“ nicht nur das dumpfe Hirnbrüten, das Stöhnen der Melancholischen, das laute Toben und Schreien der Maniakalischen, nicht bloss den Wahnsinn, den Blödsinn etc., sondern auch die erhöhte Reizbarkeit oder eine gewisse Schläfrigkeit und ähnliches versteht. Es ist klar, dass Arndts Auffassung von psychischen Störungen ganz eigenartig ist. Mit Recht weist Schuchardt darauf hin, dass eine solche Auffassung von psychischer Störung „geradezu dahin führt, dass eben jeder Mensch zu Zeiten mehr oder weniger als geisteskrank betrachtet werden muss (Schuchardt S. 345). Arndt fühlt sich in seiner Ansicht bestärkt durch die Erfolge oder Misserfolge der von ihm angewendeten Therapie. Alles was sich passend zur Behandlung von Psychosen erwiesen hat, hat ihm auch in der Chorea gute Dienste geleistet, und was da keine Besserung brachte, war auch in der Chorea nutzlos. Von dem Wert solcher Beweise kann man sich leicht überzeugen, wenn ich daran erinnere, dass Stiebel jun. auch auf Grund der Therapie gerade zu einer ganz entgegen-

gesetzten Ansicht gelangt. Zum Schlusse fasst Arndt seine Ansicht über Chorea und Psychose in folgenden Worten zusammen: „Zwischen den Choreabewegungen und den psychischen Vorgängen besteht ein ganz inniger Zusammenhang; beide sind nur verschiedene Aeusserungsweisen ein und desselben cerebralen Prozesses, und die psychischen Erscheinungen, die Verwirrung der Verstandstätigkeit sind nicht Komplikationen der Chorea, sondern dieselbe Störung nur in anderen als den gewöhnlichen Nervenbahnen repräsentiert“ . . . (A. S. 539). Wir sehen hier, wie weit Arndt von Rombergs Ansicht abweicht, man könnte sogar die Anschauungen von Romberg und Arndt mit zwei entgegengesetzten Polen vergleichen; sie zeigen aber gleichzeitig, wie notwendig es sei für den Forscher, sich Uebertreibungen zu enthalten. Ich glaube dies kaum besser beweisen zu können, als durch die Ansichten über Chorea von Roger. Roger scheint gar nicht von psychischen Störungen zu wissen; er will sogar zu der Ueberzeugung gelangt sein, dass man in der „Chorea nicht nur eine Form des Rheumatismus zu erkennen habe“, sondern auch die Frage aufstellen dürfe, ob nicht „alle Choreafälle im Grunde nichts weiter als Rheumatismus sind und deshalb nosologisch unter diesen figurieren müssen und nicht unter den Neurosen“. Und weiter, dass die Chorea und der akute Gelenkrheumatismus dieselbe und „nur eine einzige Krankheit ist, die in dieser zweifachen Weise zu Erscheinung kommt“ . . . (Steiner S. 51). Es ist klar, dass Roger die Chorea weder als Gehirn-, noch als Rückenmarks-Erkrankung erklären konnte und er griff deshalb zu dem nicht viel sagenden Worte „rheumatisch“. Dieses schöne Wort hat schon dem Mediziner in der Verlegenheit (und welcher Mediziner kommt nicht von Zeit zu Zeit in Verlegenheit?!!) viele Dienste geleistet, denn . . .

„wo Begriffe fehlen,
Da stellt zur rechten Zeit das Wort sich ein . . .“, aber erklären tut es nichts. Virchow hat schon auf die Unbestimmtheit des Begriffes „Rheumatismus“ hingewiesen und hat den Zusammenhang der Chorea mit Rheumatismus als „ungelöstes Rätsel“ bezeichnet (Schuchardt S. 365). — Ob Roger viel Anhänger gefunden hat, das kann man bezweifeln. Ganz anders war es mit Wunderlich und Arndt. Ihre Lehren sind auf fruchtbaren Boden gefallen und haben viel beigetragen zum genauesten Studium der Chorea. Gleichzeitig mit Arndt wies auf die nahen Beziehungen zwischen Chorea und Geistesstörung Leidersdorf hin. Leidersdorf hatte die Gelegenheit mehrere maniakalische Anfälle, vorzugsweise bei solchen Fällen von Chorea, wo dieselbe sich aus einer fieberhaften Krankheit heraus entwickelt hatte, zu beobachten (L. S. 147 et 153). Russel zählte unter 99 Choreafällen 38 Mal Geistesstörung, die nicht nur bei schweren choreatischen Anfällen vorgekommen ist, sondern auch bei den leichten. Russel bestätigt, dass die grosse Mehrzahl dieser Psychosen vom Beginn der Choreaerkrankung an bestanden hatte. Unter seinen 38 Psychosen waren 6 schwere Fälle mit Manie und Delirien (Zinn S. 420). Nach Meyer ist bei der Chorea mit psychischer Intention „die Grundstörung als eine gemeinsame aufzufassen, von welcher ebensowohl die Symptome der Geisteskrankheit, wie der Chorea abhängen“ (M. S. 535). Dasselbe Gehirnleiden ruft seiner Meinung nach je nach der individuellen Disposition verschiedene Symptome hervor. „Dieselben Einflüsse, die das Gehirn abschwächen, setzen auch jene hemmende Kraft herab, die das funktionierende Gehirn nach der motorischen Seite hin ausübt“. (M. S. 544). Meyer will, vielleicht nicht

mit Unrecht, den Zusammenhang zwischen den choreatischen Bewegungen und der psychischen Störung durch ein Uebergreifen von dem motorischen Gebiete auf das psychische erklären: „da die Widerstände, die der Auslösung der Spannkraft entgegenstehen, abgeschwächt sind, so kann schon allein durch dieses Verhältnis — die übertriebene Tätigkeit einer Gehirnaffektion — die Herabsetzung einer andern bedingt sein", mit anderen Worten, die erhöhte motorische Funktion muss eine abgeschwächte psychische Funktion zur Folge haben. In etwas modifizierter Weise wird diese Meyersche interessante Auseinandersetzung von Eason im Jahre 1899 als eine „neue eigene" Theorie der Chorea ausgegeben. Eason nimmt primäre Störungen der höchsten psychischen Centren an, die infolge dessen ihren hemmenden Einfluss auf die in einem Reizzustand befindlichen motorischen Rindenzellen verlieren. Man muss voraussetzen, dass Eason der Artikel von Meyer unbekannt gewesen ist, sonst könnte er doch nicht diese modifizierte Gedanken von Meyer als eine „neue eigene" Theorie ausgeben.

Ziemssen hält eine wissenschaftliche Definition der Chorea zur Zeit für unmöglich. Er versteht unter Chorea „eine Neurose, deren Sitz, wie es scheint, bald das Gehirn allein, bald das gesamte Nervensystem sein kann". Die Bewegungen sind von einer mehr oder weniger stark entwickelten psychischen Störung begleitet, die nur sehr selten fehlt. „Im Verlaufe der Krankheit steigert sich die psychische Verstimmung — die Kranken sind launisch, widerspenstig, eigensinnig, heftig bis zum Excess selbst gegen die Eltern —, und häufig gesellt sich dazu auch eine Abnahme der intellektuellen Fähigkeit: Unfähigkeit des Denkens, Unzulänglichkeit des Urteils,

Schwäche des Gedächtnisses“ etc. (S. 400 u. 410). Diese psychischen Alterationen, meint Ziemssen, haben einen besonders üblen Einfluss und können die Rekonvaleszenz sehr verzögern. Ziemssen ist der Meinung, dass diese psychischen Störungen im Zentralnervensystem bedingt sind, besonders in Anbetracht dessen, dass intelligente Kranke der höheren Stände, welche den Kinderschuhen entwachsen sind, auch nach Erlöschen der Chorea ziemlich lange Zeit brauchen, um ihre volle geistige Leistungsfähigkeit zu gewinnen.

Für den cerebralen Sitz der Chorea spricht sich auch Charcot aus. Zu dieser Annahme veranlasst Charcot die Häufigkeit der Halbseitigkeit der choreatischen Bewegungen und der Uebergang der Hemichorea in Hemiplegie und umgekehrt die Entwicklung der Hemichorea aus halbseitiger Lähmung, wie er es in einigen Fällen selbst beobachtet hat (Ziemssen S. 431 u. 436). Interessant ist die Mitteilung von Ritti, welcher bei einer 19jährigen Patientin mehrere Hallucinationen gefunden hat, aber nicht nur des Gesichts und Gehörs, sondern auch des Gefühls und Geruchs. Mir scheint dies die erste Mitteilung über Gefühls- und besonders Geruchshallucinationen zu sein. Zum zweiten Mal berichtet über Gefühlshallucinationen Wiglesworth im Jahre 1882, dessen Patientin auch Geschmackshallucinationen hatte (Möbius S. 927).

Eulenberg hält für etwas Konstantes und Charakteristisches bei der Chorea gewisse Anomalien des psychischen Verhaltens. Besonders oft fand er Veränderungen in der intellektuellen Sphäre. „Bei den Kranken macht sich nicht selten bemerkbar ein mehr oder weniger hoher Grad geistiger Trägheit und Stumpfheit, Imbelicillität bis zu förmlichem Schwach-

sinn“ (S. 273). Er merkte bei den Kranken eine Abschwächung der Willensenergie, der geistigen Hirnfunktionen, der Aufmerksamkeit, der Auffassungs- und Abneigungsgabe und des Gedächtnisses. Eulenberg bezeichnet die Chorea als eine cerebrospinale Neurose.

Ball unterscheidet drei Hauptarten des choreatischen Irreseins: Die erste Art besteht in Delirien und maniakalischer Erregung; die zweite Art ist die choreatische Manie und die dritte Art nimmt an die Form der Melancholie (Ball S. 655 u. 657).

Mariet betrachtet die choreatische Psychose als eine einfache Varietät der Pubertätspsychose.

Schuchardt wendet sich gegen die Ansicht, dass die Geistesstörungen bei Chorea durch die letztere ausgelöst sein. Viel eher ist seiner Meinung nach anzunehmen, dass „die beiden Affektionen, die des motorischen Gebietes und die des psychischen auf ein und dieselbe Ursache, — auf die Veränderungen und Störungen im Gehirn zurückzuführen ist“ (Schuchardt S. 365) und weiter, dass „die Chorea und Geistesstörung stets Ausdruck desselben Gehirnprozesses sind, seien es nun lediglich Reizzustände oder seien es tiefere Störungen“. Bei allen Formen der Chorea mit Geistesstörung findet er als gemeinsames „eine ungemeine Reizbarkeit und eine grosse Neigung zu ganz plötzlichen Ausbrüchen von Heftigkeit“.

Schüle unterscheidet einen besonderen Typus der periodischen Manie, wo sich „ein ausgesprochener choreatischer Zug durch die Qualität der manischen Entäusserungen hindurchzieht — zerfahrene, abrupte, stossweise und unmotivierte Gestikulationen an Stelle der koordinierten triebartigen Handlungen in den einfachen manischen Symptomenbildern“ (Schüle S. 293). Der Kranke kann nicht ruhig stehen bleiben; er wechselt öfters das Bein, dreht den Stamm, wendet

den Kopf, verdreht die Augen, ist selten eine Minute ruhig. Dazwischen fahren plötzliche Raptus von Zerstörungsdrang (Fenstereinschlagen u. s. w.). Schüle beobachtete diese klinische Modifikation namentlich bei jugendlichen Kranken in der Pubertätszeit. Schüle fand auch oft die Chorea im Vorstadium der originären Verrücktheit.

Was die neuesten Autoren betrifft, so stimmen ihre Ansichten im allgemeinen überein. So erklärt Krafft-Ebing (S. 193), dass elementare psychische Störungen, wie Reizbarkeit, Apathie, geistige Unlust, Vergesslichkeit, Zerstreutheit, sich fast regelmässig bei Chorea finden, auch häufig mit Gesichtshallucinationen, zuweilen selbst geschlossene psychische Krankheitsbilder, wie Manie, aktive Melancholie, dämonomanischer Verfolgungswahn. Diese letztern deutet Krafft-Ebing „als Initialpsychosen durch Erschöpfung, infolge der luxuierenden Bewegungsaktion und des verminderten Schlafes". In seiner neuesten Arbeit über Psychosen bei Chorea weist Krafft-Ebing darauf hin, dass sowohl die choreatischen Bewegungsanomalien, als auch die psychischen Störungen durch einen Krankheitsvorgang im Gehirne bedingt seien (S. 589). Wir sehen hier also dieselbe Meinung, wie sie schon von Schuchardt ausgesprochen worden ist. Die bei Chorea minor (nach Krafft-Ebing Chorea Sydenhami) vorkommenden psychischen Störungen ordnet er in folgende Kategorien ein:

a) Elementare psychische Störungen, die wohl in keinem Falle von Chorea gänzlich fehlen; sie bestehen in: Emotivität, Reizbarkeit, launischem Wesen, Schreckhaftigkeit, flüchtigen Hallucinationen des Gesichtssinns, schreckhaftigen Träumen.

b) Flüchtige und leichte Begleitdelirien.

c) Psychische Erschöpfungserscheinungen in

Form von Vergesslichkeit, erschwertem Denken, Zerstreutheit, Apathie etc.

d) Psychosen sens strictiori unter dem Bilde der einfachen oder hallucinatorischen Verwirrtheit bis zu Stupor- und Demenzbildern und endlich

e) komplizierende Psychosen (z. B. Manie).

Nach Ziehen „beschränkt sich die „choreatische psychische Veränderung“ auf eine abnorme Steigerung der affektiven Erregbarkeit, sowie auf leichte ideenflüchtige Inkohärenz des Vorstellungsablaufs“; zuweilen kommen auch verschiedene Hallucinationen vor. Die vollentwickelten Psychosen, welche im Verlauf der Sydenhamschen Chorea auftreten, gehören zumeist der akuten hallucinatorischen Paranoia zu (Ziehen S. 280).

Auch Mendel weist darauf hin, dass die Geisteskrankheit bei der Chorea minor in der Mehrzahl der Fälle unter dem Bilde eines Deliriums hallucinatorium verläuft (M. S. 177). Nach Kraus (S. 901—902) werden psychische Alterationen niemals vermisst, dagegen sind wirkliche Psychosen und Intelligenzverlust selten. Kraus ist der Meinung, dass alle psychischen Schädlichkeiten, wie geistige Ueberanstrengung, gemütliche Depression, starke Affekte, Masturbation, die Disposition der Kinder zur Chorea erhöhen.

Heubner erzählt von einem Falle, wo die Unbesinnlichkeit und Gedächtnisschwäche sich in einer lästigen Paraphasie geäussert hat, so dass die Kranke fortwährend andere Worte, als die gewollten, herausgebracht hab: (H. S. 527). Strümpell meint, der eigentliche Sitz der Chorea sei im Gehirn zu suchen, dafür spricht unter anderem „die häufige Vereinigung der Chorea mit leichten psychischen Störungen“ (Strümpell S. 582). Er fand häufig ge-

ringe Abnormitäten im psychischen Verhalten der Patienten. Die Kranken sind oft unartig, verdriesslich, launenhaft, unfähig zur geistigen Anstrengung, reizbar und zum Weinen geneigt. Stärkere psychische Störungen (Verwirrtsein, Hallucinationen) treten zuweilen in schweren Fällen auf. Jolly hebt bezüglich des psychischen Verhaltens in akuten Fällen von Chorea als überwiegende Erscheinungen „die vermehrte gemütliche Reizbarkeit und die verminderte geistige Leistungsfähigkeit“ hervor. „Beides, führt er aus, kann gelegentlich eine solche Steigerung erfahren, dass wir schwere Melancholien, Manien, Delirien oder auch Zustände von Verwirrtheit bis zu akuter Stupidität entstehen sehen (Zinn S. 426).

Wernicke berichtet über gewisse maniakalische Symptome, die gewöhnlich schweren Fällen von Chorea beigemischt sind: Rededrang, Ideenflucht, auffallende Ungeniertheit und Rücksichtslosigkeit. Wernicke meint, dass die Kenntnis dieses Bildes der Chorea „für die Differenzialdiagnose gegen hyperkinetische Motilitätspsychose um so wichtiger sei, als Uebergänge zwischen beiden Zuständen nicht so selten vorkommen“ (W. S. 387). Régis bezeichnet das choreatische Irresein als Geistesverwirrung („Confusion mentale“) und unterscheidet zwei Arten derselben: a) Geistesverwirrung mit Tobsucht und b) Geistesverwirrung mit Betäubung (Régis p. 807 bis 808). Nach Kraepelin ist das choreatische Irresein darauf zurückzuführen, dass die infektiöse Krankheitsursache auch das Hirn schädigt (Kr. Bd. I S. 32). Die Delirien bei Chorea beschreibt Kraepelin als „traumartige Verwirrtheit und Benommenheit mit eigentümlicher Zusammenhangslosigkeit des Denkens, einzelnen Sinnestäuschungen und Wahnbildungen“... Das ganze Krankheitsbild wird beherrscht durch die

andauernde starke choreatische Unruhe, die sogar das Leben schwer gefährden kann. (Kr. Band II S. 22—23.) Und endlich sei hier noch von Wollenberg erwähnt, der sich neuerdings ganz ausführlich mit der Chorea beschäftigte. Für den Sitz der Chorea hält Wollenberg das Gehirn. „Auf dem geistigen Gebiete äussert sich die Chorea in gemütlicher Uebererregbarkeit und in Stimmungsanomalien, seltener in Zuständen rasch vorübergehender deliriöser Verworrenheit oder etwas langsamer ablaufender psychischer Hemmung“ (W. S. 12). Wollenberg betont, dass die Störungen der geistigen Sphäre ebenso wie diejenigen der körperlichen als wesentliche und charakteristische Krankheitssymptome aufzufassen sind. Unter seinen acht Kranken fand Wollenberg dreimal „die Illusion des Verbrennens“ (W. S. 21).

Hiermit bin ich am Ende der Geschichte der Ansichten über psychische Störungen bei Chorea minor. Gegen die extreme Ansicht von Kufz und Romberg, die von keiner psychischen Störung bei Chorea minor wissen wollten, erhoben sich Wunderlich und Arndt mit ihren extremen Ansichten, dass es „keine Chorea ohne psychisches Leiden gibt“, aber wie immer . . . . „les extrêmes se touchent“ . . ., so mussten diese beiden Ansichten fallen und ihren Platz der Ansicht der neuesten Forscher abtreten. Die neuesten Forscher halten die psychische Störung zwar nicht für eine ständige, aber doch für eine ganz häufige Erscheinung bei der Chorea minor. Nicht zu leugnen ist aber, dass oft für eine psychische Störung das gehalten wird, was garnicht dazu gehört. So meine ich, dass nicht jede Reizbarkeit den psychischen Störungen zugerechnet werden darf. Auch mitunter rechnet man dazu irrtümlicherweise

verschiedene Grimassen, die dem Gesicht bald ein lächerliches, bald ein hässliches und scheussliches Aussehen geben, wenn tatsächlich dies verschiedene Verbindungen der konvulsiven Bewegungen der Gesichtsmuskeln sind; diese konvulsiven Bewegungen der Körpermuskeln können sogar zur unwillkürlichen Harnentleerung führen, was auch leicht für eine psychische Störung gehalten werden kann. Auch das Streben der Kranken, für die bewegten Teile einen Anhaltspunkt zu finden und ihnen eine ruhige Lage zu geben, was sich mitunter in einem Hinaufklettern auf der Wand mit den Händen und Füssen, oder Ringen der Hände etc. äussert, wird oft mit Unrecht zur psychischen Störung gerechnet. Andererseits ist aber zweifellos, dass man in den Fällen, scheinbar ohne psychische Störung, doch solche bei genauer Prüfung finden konnte. Jedenfalls auf wenige Anhänger kann derjenige rechnen, der das Vorkommen von psychischen Störungen bei Chorea bestreiten wollte, damit ist aber auch mehr oder weniger die Frage über den Sitz der Chorea gelöst. Für den Sitz der Chorea im Gehirn spricht meiner Ansicht nach, ausser „der Häufigkeit der Koïncidenz der Chorea mit gemütlichen und intellektuellen Störungen in allen Abstufungen“ (Ziemssen S. 436), die häufige Halbseitigkeit der Chorea, das häufige Verschwinden oder Abnehmen der psychischen Störungen mit Abnehmen der choreatischen Bewegungen und endlich die physiologischen Experimente (Brüning S. 242), bei denen es gelungen ist, durch Einbringen von kleinen Endocardpartikelchen in den Kreislauf kapilläre Embolien im Gehirn und dadurch choreatische Bewegungen zu erzeugen.

Eigene Fälle.

Nach diesem Rückblick auf die Literatur will ich mich zu den eigenen Fällen wenden. Es handelt sich um die Choreafälle der letzten drei Jahre in der psychiatrischen und Nervenklinik der Charité, die mir in freundlichster Weise von dem Direktor der Klinik, Herrn Geheimrat Ziehen, übergeben worden sind.

Während der drei Jahre sind 65 Fälle zur Behandlung gekommen. Die Zahl der Frauen und Männer war, wie es schon längst von der Chorea bekannt ist, ungleichmässig: unter 65 Kranken waren 14 Männer und 51 Frauen. Dies Verhältnis von beinahe 1:4 weicht etwas von den meisten anderen Statistiken über das Vorkommen der Chorea bei Männern und Frauen ab. So fanden:

	Anzahl d. Krank.	Frauen	Männer	
Sée	531	393	138	
Rufz	189	138	51	
Pye-Schmith	148	106	42	(Ziemssen S. 402)
Koch	267	167	100	(Koch S. 544)
Monay	214	162	52	(Monay p. 511)
Wicke	327	210	117	
Smith	1471	1005	466	(Brüning S. 242)
Chapin	324	228	96	
Eulenberg	266	153	113	
Osler	407	282	125	

Im Moskauer St.-Olga Kinderspital war unter 92 Fällen das Verhältnis der Männer zu den Frauen wie 1 : 2,7.

Nicht in allen unseren Fällen war eine psychische Alternation nachweisbar. Selbst wenn man nach Arndt jede „gewisse Reizbarkeit“ für eine psychische Störung halten wollte, zeigte noch eine gewisse Zahl unserer Kranken keine psychische Störung. In den

übrigen Fällen aber finden wir psychische Störungen verschiedenster Art, von ganz leichten Störungen bis mehr oder minder ausgesprochenen Psychosen, von denen ich hier einige Fälle mitteilen will.

Fall I. Grete V., 10 Jahre alt, Kellnerstochter, wird am 14. Oktober 1904 in die Anstalt aufgenommen und am 31. X. auf Wunsch der Eltern ungeheilt entlassen.

Anamnese: Vater lebt, etwas nervös, Mutter gesund. Im März 1904 war Patientin an Masern erkrankt und im Juli an Scharlach. Sprechen und Gehen lernte Pat. rechtzeitig; war in der Kindheit „auffallend klug"; in der Schule war sie unaufmerksam und lernte schlecht. Die jetzige Krankheit begann am 8. X. mit Erbrechen; nach zwei Tagen bekam Pat. einen ungeschickten Gang und heftige Bewegungen der Arme. Auf ärztliche Anordnung lag Pat. 8 Tage zu Bett, ihr Zustand verschlimmerte sich aber. Pat. wurde auch nachts unruhig, schimpfte und führte unanständige Redensarten, schlief nur eine Stunde. Am nächsten Morgen, ungeachtet der eingenommenen Arznei, lag Pat. wie „geistesabwesend", sie weinte und schrie, schlug auf ihre Mutter. Die Bewegungen begannen im rechten Beine und verbreiteten sich auf die übrigen Extremitäten.

Status praesens: schwächliches Mädchen; Pulmones und Cor o. B. Choreatische Bewegungen der Extremitäten, mitunter auch des Rumpfes, des Kopfes und der Augenbrauen. — 15. X. Pat. bekommt Chlor. formam. 0,1 4× tgl. — 17. X. Schwere choreatische Bewegungen; Pat. vermag nur hin und wieder stossweise einen Buchstaben des Alphabets hervorzubringen. — 24. X. Keine Besserung. Die Besuche der Eltern haben jedesmal eine grössere Unruhe zur Folge, deshalb mussten diese eingeschränkt werden. — 25. X. Pat. bekommt Sol. Fowl. — 26. X. Unruhe gesteigert. Pat. kann heute keinen Urin lassen. — 27. X. Der nächtliche Schlaf wird immer schlimmer. — 31. X.. Ungeheilt entlassen.

Wir haben hier vor uns einen Fall von Chorea minor in demjenigen Alter, welches am meisten für Chorea disponiert ist. Ein bis dahin gesundes Kind bekommt nach einem Erbrechen „einen ungeschickten Gang", bald gesellen sich dazu einige psychische Störungen, das Kind wird unruhig, schreit, weint,

kurz, es stellen sich diejenigen Symptome ein, die dem alltäglichen Bilde der Chorea minor im Kindesalter entsprechen. Etwas Abweichendes ist dennoch in diesem Falle zu bemerken. So häufig wir beobachten, dass choreatische Kinder schreien, weinen, so selten finden wir, dass die Reizbarkeit und Errregbarkeit der choreatischen Kinder so weit gehen, dass sie sogar zum „Schimpfen", zu „unanständigen Redensarten" und zum „Schlagen auf die Mutter" führen.

Jedenfalls möchte ich hier die Vermutung aussprechen, ob nicht an diesem „Schimpfen" etc. das Milieu der Kranken schuld sei. Wenn wir uns erinnern, dass die Kranke eine Kellnerstochter ist, werden wir uns leicht eine Vorstellung bilden können von dem leider reichen Lexikon unziemlicher Ausdrücke, die das Kind zu lernen und vielleicht auch von Zeit zu Zeit zu gebrauchen Gelegenheit hatte. Es wird uns dann verständlich, dass das kranke erregte Kind beim Entstehen des einen oder anderen Affektes, was so leicht möglich ist, besonders schwer Herr über seine Ausdrücke sein kann. In dieser Vermutung fühle ich mich unter anderem unterstützt durch die Tatsache, dass ungeachtet der choreatischen Bewegungen während des zweiwöchentlichen Aufenthalts in der Klinik nichts Aehnliches vorgekommen ist und weiter, dass auch das kurze Verweilen im alten Milieu so schädigend auf das Kind wirkte, dass die Besuche der Eltern eingeschränkt werden mussten. Auch was das „Schlagen auf die Mutter" betrifft, so ist es möglich, dass wir es hier garnicht mit einer psychischen Alternation zu tun haben. Es ist nicht ausgeschlossen, dass die unwillkürlichen „heftigen Bewegungen der Arme" zufällig die nebenstehende Mutter trafen und so von den Angehörigen leicht als ein „Schlagen auf die Mutter" angenommen

werden konnten. Sollte aber meine Vermutung hier nicht zutreffend sein, so muss zugegeben werden, dass dieser Fall zu den schwereren Choreafällen im Kindesalter gehört; denn so häufig bei Chorea der Kinder leichte psychische Störungen auftreten, so selten sind so schwere psychische Störungen, wie in diesem Falle. Was echte Psychosen betrifft, so sind diese im Kindesalter kaum zu finden, was wohl dadurch zu erklären ist, dass (Bernstein S. 553) „das Kindesalter am wenigsten den Erkrankungen an typischen Psychosen ausgesetzt ist".

Fall II. Anna M., 23 Jahre alt, Maurersfrau, wird am 16. XII. 1904 in die Krampfabteilung aufgenommen.

Anamnese: Heredität o. B. Als Kind hatte Pat. öfters Augenkrankheiten und einmal Scharlach. Bis zum 18. Jahre sehr schwächliche Konstitution. Mit 17 Jahren nach einer starken Aufregung leichte Chorea, nach einem halben Jahre unter homöopathischer Behandlung genesen. Mit 18 Jahren leichter Recidiv; Dauer $^1/_4$ Jahr; die Stimmung der Pat. war während der Krankheit sehr ruhig. Pat. leidet längere Zeit an Obstipation. Pat. ist seit 3 Monaten verheiratet. Vor zwei Monaten litt die Pat. an einer leichten Angina. — Vor drei Wochen Beginn der jetzigen Krankheit mit Zuckungen in der linken Hand und dann über den ganzen Körper, seit 5 Tagen Sprachstörung. Schon vor der Erkrankung weinerlich und grosse Affectlabilität.

Status praesens: Grosse, gut genährte Frau. Cor o. B. Gravidität im dritten Monat. Schleudernde Bewegungen in allen Extremitäten. Pat. kann nicht gehen, Sprache unverständlich. Weinerliche Stimmung, ab und zu deutliches Lachen. Intelligenz erhalten. Bei der Aufnahme wird 1,5 Veronal gegeben, es trat aber keine Beruhigung ein, daher nachts 0,001 Hyascin; erst gegen 5 Uhr eingeschlafen; hat in der Nacht anhaltend geschrieen. — 17. XII. Choreatische Bewegungen wie gestern; starkes Grimassieren. Auf die Frage, ob sie krank sei, antwortete Pat.: „nicht hauen bitte". Chloralhydrat 1,0 4× tgl. — 18. XII. Hydropathische Einpackungen, zweistündlich von 36^0, 2× 1,0 Trional. — 19. XII. Choreatische Bewegungen geringer. Sensorium frei; Orientierungsfragen gut beantwortet. Im Urin Albumen und zahlreiche Zylinder; keine Oedeme. — 23. XII. Choreat. Unruhe wesentlich abgenommen, Sprache viel ver-

ständlicher. — 27. XII. Nach Affekterregung starke choreatische Bewegungen. — 31. XII. Gebessert entlassen.

Fall III. Agnes W., 19 Jahre alt, wird am 17. 10. 1905 in die Krampfabteilung aufgenommen.

Anamnese: Eltern und Geschwister leben, gesund. In der Kindheit Masern. Menses mit 13 Jahren regelmässig, letzte Regel vor zwei Monaten. Vor einem Jahre ein Abort. Ende 1904 eine Influenza 14 Tage lang. Im Januar 1905 Diphtherie, Dauer nur einige Tage. In der Schule hat die Pat. gut gelernt. Vor kurzem nach einem Aerger mit ihrem Bräutigam (Lues III) bekam Pat. einen Weinkrampf. Fünf Tage nach einem neuen Streit mit dem Bräutigam sind bei der Pat. Zuckungen aufgetreten, anfangs in den Fingern, die sich allmählich überall verbreiteten.

Status praesens: Ziemlich gut entwickeltes Mädchen, in der letzten Zeit abgemagert; eine Scoliose nach links und Lordose. Cor-Dämpfung normal, an der Spitze der erste Ton unrein; Puls regelmässig. Pulmones o. B. Reflexe vorhanden, normal. Die Zuckungen treten in Unterbrechungen auf, abends stärker, in der Nacht hören sie auf. In der letzten Zeit hat die Pat. Angst; sie glaubt, es käme jemand durch die Tür; sie sah in der letzten Zeit, seitdem sie in einer neuen Wohnung sich befindet, schwarze Gestalten, einen Mann mit einem Jägerhut; sie sieht dies alles nur im Traum, im Wachen nie. Schlaf in den letzten Nächten sehr schlecht. Während der Untersuchung begann die Pat. zu weinen, sie sagte dabei: „wenn ich hier noch eine Nacht bleibe, so werde ich mit verrückt.“ Intelligenz normal. Choreatische Bewegungen in allen Extremitäten. — 17. VI. Bekommt heute plötzlich einen Anfall von heftigem Weinen und Schluchzen ohne jeden ersichtlichen Grund. — 18. VI. Wieder plötzlichen Anfall von Weinen und Schluchzen. Pat. klagt über grosse Müdigkeit. Bekommt 3,0 Bromnatrium. — 20. VI. Macht einen verstimmten Eindruck; gibt als Grund dazu an, dass ein Arzt bei ihr Pediculi Pubis (zutreffend) feststellte. Wird ungeheilt entlassen.

Bei der ersten Kranken (Fall II) sehen wir eine Labilität der Stimmung, Schlafstörung, Erregbarkeit und mitunter auch Inkohärenz; so antwortet die Kranke auf die Frage, „ob sie krank sei“ — „bitte nicht zu hauen“. Mit Abnahme der choreatischen Bewegungen verschwanden diese psychischen Störungen.

Im Fall III handelt es sich um eine Kranke, bei der wir Störungen des Schlafes, verschiedenartige Träume, Verstimmung und mehrere Krampfanfälle, die zweifellos hysterischer Natur sind, wahrnehmen.

Beide diese Fälle gehören zu einer Gruppe, zu der Chorea gravidarum. Bekanntlich ist die Schwangerschaft ein disponierendes Moment für die Chorea. Diese Disposition wird verschieden erklärt. Ausser den bekannten Ursachen, wie Heredität (Bumm S. 305), Blutarmut, Rheumatismus, soll nach Joutenaux (Mongeri S. 905) das Auftreten der Chorea bei schwangeren Frauen einem Reflexakt zugeschrieben werden. Nach Labadie (Mongeri S. 905) kann die Chorea durch eine Autointoxikation der schwangeren Frau hervorgerufen werden. Dass bei der Chorea gravidarum sich besonders oft psychische Störungen finden, ist begreiflich, denn während der Schwangerschaft, dieser „Erkrankung von neun Monat", wie sie Maurica bezeichnet, haben die Frauen unter allerhand Störungen des Befindens zu leiden. Nach Ziehen (S. 254) sollen etwa 3% aller Anstaltsaufnahmen bei dem weiblichen Geschlecht Graviditätspsychosen betreffen. Und es ist klar, dass „das veränderte Nervensystem, welches die Zentralmacht eines konstitutionellen Staates darstellt, natürlicherweise alle Empfindungen, wie sie in den verschiedenen Provinzen des weiten Gebietes vor sich gehen, nachempfindet". (Mongeri S. 892). Somit zeigen sich beinahe in jedem Falle von Chorea gravidarum mehr oder minder psychische Störungen. So fand Dakin bei 7 Fällen von Chorea gravidarum 6 Mal schwere psychische Störungen. In unseren Fällen haben wir keine schweren psychischen Störungen zu verzeichnen, aber in allen unseren 7 Fällen von Chorea gravidarum waren psychische Störungen vorhanden. Die Prog-

nose der Chorea gravidarum ist die ungünstigste unter allen anderen Arten von Chorea minor. Während bei Chorea minor sonst die Mortalität höchstens 5% beträgt, gleicht sie bei Chorea gravidarum nach Kroner 22%, er fand unter 151 Fällen von Chorea gravidarum 33 Exitus, Oppenheim nimmt etwa 25% an und Bamberger (Eulenberg S. 280) berechnet die Mortalität sogar auf 30%. Bei uns war kein einziger Exitus zu verzeichnen.

Fall IV. Martha Kl., 28 Jahre alt, Näherin, wird am 24. VI. 1905 in die Nervenstation aufgenommen, am 28. VI. nach der Krampfabteilung verlegt, am 22. VIII. 1905 geheilt entlassen.

Anamnese: Eltern nervös, Geschwister gesund, sonst keine hereditäre Belastung. Entwicklung normal; keine Kinderkrankheiten. Vor drei Jahren Abort im vierten Monat; vor einem Jahre Inguinaldrüseneiterung; vom 3. XI. 1904 an bis Februar 1905 Gelenkrheumatismus. Seit Ostern längere starke Ueberanstrengung bei der Arbeit. Acht Tage nach Ostern bekam Pat. einen Schreck, als sie eine Schwalbe umherkriechen sah (die Schwalbe scheint tatsächlich gar nicht vorhanden gewesen zu sein). Anfang Juni bemerkte Pat. zum ersten Mal die unwillkürlichen Zuckungen, die immer stärker wurden. In der letzten Zeit ist die Pat. sehr reizbar und leicht wütend. Beim Lesen und Schreiben sieht sie „plötzlich in der Luft lauter kleine Tiere, silbergraue, wie kleine Fische"; beim Anstrengen starke Stirnschmerzen.

Status praesens: Mittelgrosses Mädchen, leidlicher Ernährungszustand. Cor-Dämpfung nicht verbreitet, in der Mitte des Sternums der zweite Ton sehr klingend und klappend. Pulmones o. B. Choreat. Bewegungen auf der linken Körperhälfte und im Gesicht, besonders in der Mundmuskulatur, auf der rechten Körperhälfte Bewegungen sehr gering. Pat. kann die ungewollten Bewegungen ziemlich lang unterdrücken. Sensibilität intakt, Sehnenreflexe vorhanden. Während der Untersuchung zeigt die Pat. eine heitere Stimmung, oft unmotiviertes Lachen, oft lustiges Aufschreien. Kaum merklichen Intelligenzdefekt, leichte Aufmerksamkeitsstörungen.

1. VII. Nachts umhergelaufen; behauptet, ihre Mutter habe sie gerufen. 2. VII. Habe ihre Mutter rufen hören: „Lassen sie

mir mein Kind.“ 3× tgl. 1,0 Chloralamid. — 6. VII. Choreat. Bewegungen hören im Schlafe ganz auf, nur ein Zähneknirschen. Ihr scheint wieder, ihre Mutter sei nicht zu ihr zugelassen worden. „Ich bin so unglücklich.“ 8. VII. Leichte systolische Geräusche in der Mitralis. Fast jede Nacht Schlafmittel. Schläft spät ein, schläft dann aber die Nacht durch. Die choreat. Bewegungen lassen nach. Häufiger Weinausbruch; „wie kommt es denn, dass ich hier, als Wunderbares dargestellt werde?“ „Ich weiss nicht, ob es Phantasie, oder ist es Wirklichkeit?“ Pat. berichtet, sie höre gewisse Schimpfwörter. Beim Klopfen ruft Pat. aus: „bloss meine Mutter nicht reinlassen.“ — 13. VII. Seit gestern Menses. Verhüllt öfters das Gesicht, sie schäme sich vor den anderen. — 18. VII. Seit 8 Tagen keine Stimmen mehr. Versteht nicht, wie sie früher die Stimmen der Mutter hörte, denn ihre Mutter war verreist. Deutliche Besserung seit der Menses. — 21. VII. Pat. meint, „alle lachen sie aus, die ganze Welt.“ — 22. VII. Versichert immer, es sei unmöglich, dass sie „in anderen Umständen sei.“ Hört immer schimpfen, hörte auch „Frl. K., Sie sind ein schlechtes Mädchen“; sie kann sich die Stimmen nicht erklären, denn es sei Niemand da. — 28. VII. Macht einen hilflosen Eindruck. Keine Stimmen mehr. — 22. VIII. Geheilt entlassen.

Fall V. Marie H., 21 Jahre alt, Kellnerin, wird am 15. VII. 1905 in die Irrenabteilung aufgenommen, am 25. VII. nach der Krampfabteilung verlegt.

Anamnese: Mutter lebt, gesund; Vater tot an Nasenkrebs; 6 Geschwister tot, Ursache unbekannt. Entwicklung normal, in der Schule gut gelernt; früher keine schweren Krankheiten; Menses seit 16 Jahren regelmässig. Partus einmal Anfang Januar 1905. im November 1904 Geschwür an den Genitalien. Viel getrunken, bis zu 20 Glas Bier auch Wein. Vor 14 Tagen Aerger mit starkem Schreck verursacht durch das Schlagen der Wirtin; am nächsten Tage Ausbruch der Zuckungen an beiden Händen, dann allmählich Verbreitung.

Status praesens: Schlechter Ernährungszustand. Cor-Dämpfung bis zur Mamillarlinie, Spitzenstoss im IV. Intercostal-Raum schwach zu fühlen, an der Mitralis und am Sternum leichtes kurzdauerndes systolisches Geräusch, zweiter Aortenton mässig verstärkt. Pulmones o. B. Nicht starke choreat. Bewegungen an den oberen Extremitäten, am stärksten im rechten Fusse. Schmerzen im linken Unterschenkel und in der rechten Schulter;

Inguinaldrüsen geschwollen. Sehnenreflexe vorhanden. Gesichtsausdruck leicht benommen. Intelligenzprüfung konnte erst nach 10 Tagen ausgeführt werden. War während dieser Zeit sehr unruhig, verliess oft das Bett, schrie; es musste der Pat. eine Morphiumspritzung gegeben werden. Pat. erzählt, sie sah auf dem Ofen eine Wärterin und einen Herrn, die da die ganze Nacht verblieben, die Wärterin hatte dabei ein Glas und eine Spritze. Erzählt, sie sah auf dem Ofen in der Klinik einen Mann, verschiedene Schwestern seien zu ihm auf einer Leiter hinaufgestiegen und hätten den Beischlaf vollzogen, gibt die Farbe ihrer Kleidung an. In den letzten zwei Tagen habe sie gehört, wie immer gesagt wurde, dass sie bald sterben werde; sie spürte Gift in jedem Essen, welches bald süss, bald bitter schmeckte. Auf die Frage, warum ihr das Gift gegeben war, antwortete sie: „weil ich weiss, dass sie auf den Ofen gesessen haben." Pat. bekam Salicylpulver und Aspirin. Kein Intelligenzdefekt. Die Auskunft erteilt Pat. widerwillig und weinerlich. — 26 VII. Ist noch fest überzeugt von der Wirklichkeit ihrer Sinnestäuschungen. — „Ich kann darauf schwören." Weinerliche Stimmung. Choreat. Unruhe minimal. Abends 0,5 Veronal. — 27. VIII. Deprimiert, keine Delirien; beim Erwachen leichter Nystagmus. — 29. VII. Pat. hat geschrieen, glaubte sich von einer Mitkranken belästigt; wegen Unruhe verlegt. Choreat. Bewegungen fast Null. — 3. VIII. Cervicaldrüsen leicht geschwollen. Sehr wenige Zuckungen. Fühlt sich matt, verschwommene Sprache. Zieht die Decke über den Kopf — „wenn ich die Decke über den Kopf ziehe, dann will mich Jemand schiessen, ich habe es niemals gesehen . . . . , ich habe heute und gestern einen Revolver gesehen. . ." Keine Stimmen. Nimmt nur flüssige Nahrung und sehr wenig auf. Hat öfter eingenässt. — 4. VIII. Leichter Icterus an den Konjunktiven und der Haut. Weint, weil sie solche Geschwister habe, die ihre Mutter ermordet haben, das sei ihr von ihrer Schwägerin erzählt; sie habe vorgestern die Stimmen ihrer Mutter gehört. — 5. VIII. Hält fest an der Ermordung ihrer Mutter durch den Bruder. Heute wollte sie Jemand schiessen, sie hat das Schiessen gehört. Urin dunkel, enthält Gallenfarbstoff; Druckempfindlichkeit an der Leber und am Magen. Pat. bekommt 3× tgl. 1,0 Chloralamid. — 16. VIII. Behauptet seit einer Woche keine Halluzinationen mehr zu haben. Choreat. Bewegungen nur noch in dem rechten Fusse und im Kopfe. — 23. VIII. Wieder ununruhig; verlässt oft das Bett. Keine Halluzinationen. — 2. IX.

Kann sich nicht der mitgeteilten sexuellen Dinge entsinnen; entsinnt sich, Stimmen ihrer Verwandten gehört zu haben, auch des Revolvers. Bezüglich der Ermordung ihrer Mutter durch den Bruder, gibt sie an, sie habe die Mutter und den Bruder schreien gehört, dadurch sei sie auf die Idee über die Ermordung gekommen. — 26. IX. Immer sehr freundlich und fleissig. Lächelt über ihre Wahnideen, bezeichnet sie als Phantasien. Keine choreat. Bewegungen. — 29. IX. Geheilt entlassen.

Die letzten beiden Fälle zeigen viel Gemeinsames. Wir sehen bei den beiden Kranken gleichzeitig mit den choreat. Bewegungen auch psychische Störungen auftreten. Im ersten Falle haben wir Gesichts- und Gehörshallucinationen, im zweiten Falle ausser diesen noch Geschmackillusionen. Bei beiden Kranken zeigt sich von Zeit zu Zeit Angst; die Stimmung ist auch bei beiden verändert und zeigt auch eine Labilität, besonders bei der ersten Kranken. Aber bei keiner von ihnen hat sich ein Intelligenzdefekt nachweisen lassen, auch das Krankheitsbewusstsein ist bei beiden erhalten. Wir haben hier also im allgemeinen keine solche schweren psychopathischen Symptome, die uns berechtigen könnten, hier irgend eine vollentwickelte Psychose anzunehmen, sondern wir haben es zu tun mit einer akuten psychopathischen Konstitution, die sich gleichzeitig mit den choreat. Bewegungen entwickelt hat und ungefähr gleichzeitig mit den Bewegungen verschwunden ist; und wir können diese deshalb als choreatische psychopathische Konstitution betrachten. Im allgemeinen sind echte Psychosen bei Chorea minor sehr selten. Séglas bezweifelt die Existenz eines wirklichen choreischen Irreseins, auch Kowalewsky findet es unmöglich ein definitives Urteil hier zu fällen.

Fall VI. Martin D., 27 Jahre alt, Schutzmann, früher Schlosser, wird am 20. I. 1907 in die Krampfabteilung aufgenommen.

Anamnese: Eltern und Geschwister leben und sind gesund, ausgenommen eine Schwester, die früher Zahnkrämpfe hatte, und jetzt nervös ist. Pat. hat rechtzeitig sprechen gelernt, gehen mit $1^3/_4$ Jahren. Als Kind hat Pat. Masern und Windpocken durchgemacht. Im Jahre 1901 litt Pat. an Malaria (in China); seit Oktober 1906 bis Ende Dezember Gelenkrheumatismus mit Endocarditis mitralis. Pat. war immer von lebhaftem, weichmütigem, empfindlichem Temperament. Am Sonntag vor einer Woche war der Pat. merkwürdig still und machte sich Gedanken, dass er den Dienst nicht tun könne. Er bildete sich ein, seine Kameraden behaupteten, dass er sich vom Dienst drücken wolle. Am Montag schien die Stimmung sich gebessert zu haben. Am Mittwoch bekam Pat. Zuckungen in der linken Gesichtshälfte bei sonst guter Stimmung, am Freitag sind die Zuckungen stärker geworden. Sonnabend früh beim Aufstehen fing Pat. an zu weinen und zu schreien, ohne eine Ursache angeben zu können, hat auch gelacht, klagte über Schmerzen in der linken Gesichtshälfte. Beim Fahren mit der Mutter nach dem Hedwig-Krankenhause sprach der Pat. die Befürchtung aus, dass ihn „die blauen Greifer" greifen wollten, er glaubte, dass alle Schutzleute nach ihm hinblickten. In der Nacht vom Sonnabend zu Sonntag schlief Pat. keinen Augenblick. Als das Licht ausgelöscht wurde, schrie Pat. „das Haus brennt, . . . wer trägt die Kosten . . ., der Teufel, da kommt er . . ., das Sterben ist so schwer . . ., da lachen sie, da schreien sie . . . ." Die Umgebung erkannte der Pat. und nannte die Namen der Seinigen richtig. Am Sonntag beim Aufstehen begann der Pat. mit den Armen und Beinen um sich zu schlagen, zugleich sprach und schrie er viel durcheinander, er hatte offenbar grosse Angst. Die letzten Tage hatte der Pat. „ein Gefühl, als ob ein Schleier vor seinen Augen sei."

Status praesens: Mässig guter Ernährungszustand; auf dem Leibe ein roseolartiges Exanthem. Am Cor spurweise unreine Herzdämpfung an der Spitze, nach rechts bis zur Mitte des Sternums; Pulmones o. B. Sehnenreflexe normal; Sensibilität erhalten. Der Pat. macht unsymmetrische Bewegungen mit seinem Munde, verdreht die Augen. Choreat. Bewegungen an d. l. Arme, l. Beine und beiden Gesichtshälften, anfangs waren auch rechter Arm und r. Bein ergriffen. Das Ausstrecken der Zunge gelingt dem Pat. nicht. Wenn der Pat. nicht beobachtet wird, sistieren die Bewegungen. Pat. bringt stossweise einige abgerissene Silben heraus. Jahr, Monat, Tag kann der Pat.

nicht angeben; spricht von dem Teufel, der ihn holen will, von Christi Blut. Bekommt abends 0,8 mg Hyoscin. — 21. I. Heute Nacht verliess Pat. öfters sein Bett, ging im Zimmer umher und führte leise Selbstgespräche. Auf Zureden suchte Pat. immer wieder sein Bett auf. Am Tage spricht Pat. fliessend, gibt richtig Ort, Tag, Datum, Monat und Jahr an. Jaktationen haben erheblich abgenommen; Pat. ist heiter; hat keine Hallucinationen bei offenen Augen, wohl aber auf Bulbusdruck, sowohl ohne Suggestion als auch mit Suggestion. Ohne Suggestion sieht er viereckige Kerreaus, mit Suggestion sieht er „den Namen auf dem Firmenschild", buchstabiert den Namen, sieht „die Elektrische", sieht dabei die Nummer 59 N., dabei auch einen Soldat von der Marine; Fadenversuch negativ. Intelligenz normal. Behauptet gestern das Haus brennen gesehen zu haben; beschreibt den Teufel, den er in der Nacht von Sonnabend zu Sonntag gesehen hat, der war schwarz mit braunem Kopf, einem Pferde- und einem Menschenfusse. Abends verlässt Pat. plötzlich das Bett, stellt sich in die militärische Haltung vor dem Arzt und sagte: „ich wollte melden, dass die ganze Sache von mir erlogen ist, bitte zu melden beim Polizeipräsidium etc." Pat. behauptet jetzt Syphilis zu haben, zeigt dabei an den l. Arm. Man sieht Maculä und kleine Bläschen am Unterarm. Pat. greift bisweilen nach dem Kopf, macht Abwehrbewegungen; heftige Expiration; verhüllt sich mehrmals mit der Decke. Auf die Frage, was er da mache, antwortet er in abgerissenen Worten: „ich wollte Gott gleich sein, nein Gott wollte, — das ist die Hölle!" . . . . „es brennt" . . . Pat. bekommt 0,001 Hyoscin. — 22. I. Warf im Bett alles herum. Die Untersuchung des Ausschlages erbigt: leichte Urticaria und Ekzem, keine Lues. Pat. bekommt prolongiertes Bad. 3× tgl. 1,0 Chloralamid. Abends sagte der Pat.: „nur eines ist schlecht, dass mir ein Verbrechen in die Schuhe geschoben wird, das ich nicht verantworten kann." — 23. I. Pat gibt an, dass das ihm heute Morgen gereichte Chloralamid nach Urin rieche und weigerte sich hartnäckig, das Medicament einzunehmen. Den Teufel sieht er nicht mehr, doch glaubt er damals wirklich den Teufel gesehen zu haben. Gefragt, ob er an den Teufel glaube, sagte er „jawohl, es gibt einen Teufel, wie es einen Gott gibt." — 24. I. Pat. glaubt in der Nacht gehört zu haben, dass ihm Jemand zugerufen habe: „komm mal her". Am Mittag kommt der Pat. zum Arzt, nimmt militärische Haltung an und sagt: „zur Stelle", „ich bin doch gerufen worden". Nach kurzer Zeit

läuft der Pat. an die Tür und sagt: „es hat doch geklopft“ (es war tatsächlich keinerlei Geräusch im Zimmer). — 25. I. Gestern Nacht lief der Pat. im Saal umher, ging an das Bett der anderen Patienten und störte dieselben im Schlaf; choreat. Bewegungen gering im Gesicht und im linken Arm. — 28.I. Pat. hat geschlafen, verlässt selten das Bett; behauptet, damals den Teufel gesehen zu haben, hier nicht. Hört keine Stimmen mehr und ist sonst ruhig. — 29. I. Gefragt, warum er damals so herumgetanzt habe, beschreibt Pat. ausführlich, wie alles bei ihm im Körper gebrannt habe. — 1. II. Spaltung eines Panaritiums in der chirurg. Klinik. — 2. II. Behauptet, er habe früher eine Unterschlagung begangen; gibt an, der Herr habe ihn drüben auch beschuldigt, er habe den Mord am 13. Januar begangen, von dem soviel in der Zeitung stand. Der Herr habe auch gesagt, die ganze Krankheit sei nur eine Verstellung. — 4/5. II. Pat. erwachte nachts und war zwei Stunden lang unruhig, sagte dem Wärter: „machen sie doch, dass Sie wegkommen.“ — 6. II. Gibt an, er habe eine Unterschlagung von 47 Mark gemacht, beschreibt, wie es geschehen sei, als er noch beim Militär war. — 11. II. Pat. gibt an, er habe viel gelogen. Nimmt nicht das Essen, weil darin etwas Erbrochenes von einem anderen Pat. sei, der mit einer Schlundsonde gefüttert würde. — 13. II. Pat. sagt, „ich bin kein Mörder, obwohl ich schon ein Mörder sein könnte, denn ich kränke soviel Menschen . . .“ „die Eltern wissen nicht, dass ich geschlechtskrank bin . . .“ Pat. erzählt, er habe im Frühjahr 1906 vom Offizier ein Gewehr vom alten Modell bekommen und es dann weggeworfen, weil er dachte, es würde als eine Unterschlagung ausgelegt. — 19. II. Nimmt die letzten Tage wenig Essen zu sich, da es das Ausgebrochene von einem anderen Patienten sei; minimale choreatische Bewegungsstörungen. — 26. II. Choreat. Bewegungen vollständig erloschen. — 13. III. Pat. behauptet bezüglich der Wahnvorstellungen, er sei auf diese dadurch gekommen, dass er immer gehört habe: er darf nichts sehen, er darf nichts hören. — Pat. leugnet einen besonders auffallenden Geschmack oder Geruch an dem Essen beobachtet zu haben. — 14. III. Pat. entsinnt sich, dass er die Vorstellung hatte, die Leute sagten, er wolle sich vom Dienst drücken. Kann sich nicht entsinnen seiner Aeusserungen: „die Blauen wollen mich greifen“ . . ., „das Haus brennt“ . . ., „ich will Gott gleich sein“ . . . Pat. weiss nicht, ob er „den

Teufel gesehen hat", ob er „Flammen gesehen hat", weiss nichts von seiner „militärischen Haltung" vor dem Arzte, auch nichts von Stimmen. Entsinnt sich der Aeusserung betreffs der Unterschlagung, bestreitet aber die Tatsache; erklärt wie er auf die Vorstellung betreffs des Gewehrs und des „erbrochenen Essens" kam. Jetzt hat Pat. keine Verfolgungsvorstellungen mehr, hört keine Vorwürfe; fühlt sich gut. Bezüglich seiner früheren Vorstellungen sagt Pat.: „ich muss selbst sagen, wie kann der Mensch alles das blos in den Kopf bringen." . . . — 20. III. Gibt an, seine Vorstellungen waren bloss Einbildung; er lacht über seine damalige Beschreibung des Teufels. — 16. IV. Sehr leichter Tremor Manum beim Ausstrecken der Hand. Chloralamid ausgesetzt; tgl. 1 kalte Abreibung, Pulv. Tev. Ars.

Der angeführten Krankheitsgeschichte füge ich hinzu, dass der Kranke mir öfters im Anfang der Krankheit sagte, dass er das Essen nicht aufnehmen könne, denn das Essen rieche nach Urin.

Es handelt sich hier um einen Schutzmann, der nach kurzen Vorboten schwere choreatische Zuckungen bekommt und gleichzeitig ein so deutliches und symptomatisch ausgesprochenes Abweichen vom normalen psychischen Verhalten darstellt, dass wir ohne weiteres die Diagnose Chorea minor mit Paranoia acuta stellen können. Unser Pat. bekommt verschiedene Wahnvorstellungen, „die blauen Greifer wollen ihn greifen", „das Haus brennt", und als Ausdruck dieser latenten Wahnvorstellungen treten bald Sinnestäuschungen — Hallucinationen und Illusionen auf. Unser Pat. bietet ein buntes Bild von verschiedenen Sinnestäuschungen; er hat Visionshallucinationen, — er sieht den Teufel, Flammen, er hat Gehörshallucinationen, — er hört Stimmen, welche reden, lachen und schreien, er hört das Klopfen, er hat auch Gefühlshallucinationen, denn er hat die Flammen auch gefühlt; auch Illusionen finden wir beim Pat.: das Essen und die Arznei weigert er sich aufzunehmen, denn es riecht ihm nach Urin. Es sei hier gleichzeitig bemerkt, dass ich sonst in der

Literatur, soweit diese mir bekannt ist, noch keine Mitteilung von Geruchsillusionen bei Choreatikern gefunden habe. — Die zahlreichen Sinnestäuschungen des Pat. führen einerseits zu sekundären Affektsstörungen, er bekommt Angst und sucht sich zu schützen, er macht Abwehrbewegungen, und andererseits zur Bildung neuer Wahnvorstellungen. Es bilden sich beim Pat. Versündigungsvorstellungen, er beschuldigt sich, „die ganze Sache sei von ihm erlogen", „er habe 47 Mark unterschlagen". Wenn wir beim Pat. auch Grössenideen finden, — „ich wollte Gott gleich sein", so überwiegen doch in seinen Wahnvorstellungen die Verfolgungsideen: die Kameraden behaupten, dass er sich vom Dienst drücken wolle; der Teufel will ihn holen, es wird ihm ein Verbrechen in die Schuhe geschoben etc. Wir haben hier alle diejenigen Symptome, die der Paranoia acuta entsprechen und die wir zur halluzinatorischen Form derselben rechnen dürfen, denn die zahlreichen Sinnestäuschungen überwiegen hier die verschiedenen Wahnvorstellungen, von denen manche erst als Folge der Sinnestäuschungen sich gebildet haben.

Fall VII. Ernestine Sch., 76 Jahre alt, Witwe, wird am 12. Mai 1905 in die Nervenabteilung aufgenommen.

Anamnese: Vater an Cholera, Mutter an Erkältung gestorben, drei Geschwister tot infolge eines Trauma, zwei leben (71 und 82 Jahre alt). Pat. ist ausser an Typhus und vor Jahren an einer Schwellung der r. Hüfte nie erkrankt gewesen; vor $1^1/_2$ Jahren ist Pat. infolge einer Glätte gefallen, seither öfters Schmerzen in der linken Schulter und im linken Arm. Vor zwei Monaten bekam Pat. Schwellung und Schmerzen in beiden Knieen, bald traten Zuckungen in der rechten Hand auf, die sich auch auf die anderen Organe verbreiteten, gleichzeitig wurde von ihr bemerkt, dass „sie nicht mehr wie früher auf ihrem Posten sei."

Status praesens: Unausgesetzte Bewegungen in wildem Durcheinander von Gesichts-, Zungen-, Kopf-, Hals-, Arm- und Beinmuskeln, dabei am meisten beteiligt der l. Arm. Statisch nehmen die Bewegungen für einige Sekunden ab. Am linken Augenhintergrund grosses Staphylom. Sehnenreflexe vorhanden; Sensibilität normal. Leichter Intelligenzdefekt, ausgesprochen in Abnahme der Urteils- und Aufmerksamkeitsfähigkeit. 19. V. Pat. bekommt 3× tgl. 0,5 Chloralamid. — 26. V. Die Zuckungen sind im ganzen geringer. — 29. V. Heute fehlt der Cornealreflex. — 8. VI. Choreat. Bewegungen wieder stärker. — 20. VI. Klagt über Taubheit und Einschlafen der linken Hand; Sensibilität intakt. — 28. VI. Trotz des öfteren Fragens vermag Pat. noch immer nicht die Monate rückwärts zu nennen. — 14. VIII. Wird leicht sehr aufgeregt. — 28. VIII. Vollkommen unverändert. Wird ins Siechenhaus überführt.

Wir haben hier einen Fall von Chorea minor bei einer 76 Jahre alten Frau, also das, was mit dem Namen „Chorea senilis" bezeichnet wird. Die Chorea senilis kommt bekanntlich verhältnismässig selten vor. Obwohl schon im Jahre 1815 Matton „von einer 70 Jahre alten, schwachen, reizbaren choreakranken Dame" berichtet (Wicke S. 303), erweckte aber erst Charcot im Jahre 1878 ein besonderes Interesse für diesen Gegenstand. Nach einer Zusammenstellung von Riessmann sollen in der Literatur seit 1850 bis 1897 etwa 70 Fälle von Chorea senilis auffindbar sein. Wir sehen, dass unsere Kranke seit Beginn der choreatischen Zuckungen „nicht mehr auf dem Posten ist"; wir sehen bei ihr eine allmähliche Abnahme des Urteils- und Gedächtnisvermögens, sie kann nicht mehr richtig zählen, vermag nicht mehr die Monate rückwärts zu nennen, mit anderen Worten, es entwickelt sich bei ihr gerade zu der Zeit der choreatischen Zuckungen eine Dementia senilis. Dass bei der Chorea senilis auch psychische Störungen vorkommen, darauf hat schon auch Matton hingewiesen, denn bei seiner oben erwähnten alten Dame „ver-

loren die Geisteskräfte bisweilen ihr Gleichgewicht, es trat eine Art kindischen Wesens ein". Nach den Erfahrungen von Charcot soll die Chorea senilis stets mit Demenz verbunden sein, was sich später als unzutreffend bewies. Bischoff hat im Jahre 1901 die Zusammenstellung von Riessmann bis zum Jahre 1900 vervollständigt, es waren dabei bei 60% die geistigen Fähigkeiten normal. In der Tabelle von Riessmann-Bischoff konnte ich unter den anderen psychischen Störungen 7 Mal Dementia, 5 Mal Manie finden. Charcot (p. 177) will niemals eine Genesung gesehen haben. Nach der Tabelle von Bischoff zeigt sich aber, dass 20% der Fälle heilbar waren.

Schlussbetrachtung.

Wenn ich zu diesen sieben erwähnten verschiedenen Fällen noch hinzufüge die einfachen Fälle von Chorea minor, wo die psychische Störung nur in einer Reizbarkeit, Veränderlichkeit der Stimmung und anderen ähnlichen leichten Abweichungen der choreischen Psychik von ihrem normalen Verhalten bestand, werden wir uns eine klare Vorstellung von den verschiedenen psychischen Störungen, die in unseren 65 Fällen vorgekommen sind, bilden können. Wie schon oben erwähnt, waren nicht in allen unseren Fällen psychische Störungen bemerkbar, es sind immer noch Fälle geblieben, wo man keine Reizbarkeit, Verstimmung etc. finden konnte; unter den 14 Fällen von Männern waren solche 5 Mal und unter den 51 Fällen von Frauen 7 mal; wir sehen hieraus, dass die Psyche bei choreatischen Frauen häufiger leidet, als bei choreat. Männern. Im ganzen haben wir also 53 Mal psychische Störungen unter 65 Choreafällen, während Russel unter 95 Fällen 38 Mal psychische

Störungen fand, Marck fand 63 %, Collins, Joseph et Abrahamson fanden unter 100 Fällen — 54.

Was die einzelnen Arten der psychischen Störungen, die ich in meinen Fällen fand, betrifft, so waren 27 Mal einzelne oder mehrere zusammen von folgenden psychischen Störungen vorhanden: Reizbarkeit, Erregbarkeit, Empfindlichkeit, Zersteutheit, Schlaflosigkeit, Teilnahmlosigkeit, Depression, Angst, Ungeduld, Verstimmung Störungen des Gedächtnisses und der Aufmerksamkeit. In den anderen Fällen fand ich 5 Mal leichte Schwindelanfälle und Flimmern vor den Augen; 5 Mal fanden sich leichtere und schwerere hysterische Symptome mit sogar protrahierten Anfällen. 2 Mal konnte ich Symptome einer leichten Amentia feststellen, 2 Mal war Dementia senilis, von denen eine bei Chorea chronica; 1 Mal fand ich einige Hallucinationen mit Illusionen, die auch zahlreich waren in den zwei Fällen von akuter choreatischer psychopathischer Konstitution und in den zwei Fälllen von akuter hallucinatorischer Paranoia.

Aus dieser Aufzählung ersehen wir, dass, so häufig wir bei Chorea psychische Störungen finden, wir doch selten echte Psychosen finden. Es scheint dass das pathologische Moment, das die Chorea mit ihrer zeitweiligen psychopathischen Konstitution erzeugt, an und für sich nicht genügt, um eine echte Psychose hervorzurufen. Der Umstand, dass die eine Chorea zur Psychose führt, eine andere hingegen nicht, lässt sich in unseren Fällen mindestens weder durch Praedisposition, noch durch die Schwere des einzelnen Falles erklären. Andererseits kann aber die Chorea den verschiedenen Formen des Irreseins der Entarteten als Gelegenheitsursache dienen. Abgesehen von dem Falle mit Dementia senilis bei Chorea chronica, waren in unseren 65 Fällen von Chorea mino r

nur 3 Mal echte Psychosen: — ein Mal Dementia senilis incipiens (Fall VII) und zwei Mal akute halluzinatorische Paranoia, Im Vergleich mit anderen Angaben ist diese Zahl ziemlich gross, denn Russel fand unter 99 Choreafällen nur 3 Fälle mit Psychosen, Möbius unter 100 Fällen — 1 Psychose, Gowers unter 867 Fällen nnr 6 Psychosen, Savage bei 846 Kranken 6 Psychosen, Kraft-Ebing sah bloss einmal eine Psychose. Dieses seltene Vorkommen von echten Psychosen ist wohl dadurch zu erklären, dass die Chorea meistens im Kindesalter vorkommt und dieses Alter ist am wenigsten für die typischen Psychosen praedisponiert.

Wenn ich auf Grund unserer Fälle die Frage über die Prognose der Chorea vorlege, so ist diese keinesfalls für ungünstig zu halten. Es war in der ganzen Zeit nur ein Fall von Exitus vorgekommen, wobei nach der gebesserten Chorea sich eine tuberculöse Meningitis entwickelt hatte. Die übergrosse Zahl der Kranken war als vollkommen geheilt entlassen, die Dauer der Krankheit war dabei verschieden von 3 Wochen bis zu 3—4 Monaten; als gebessert sind 11 Kranke entlassen worden — 5 Männer und 6 Frauen. Es sei hier bemerkt, dass bei den sämtlichen Fällen, die nur als gebessert entlassen worden sind, anfangs irgend welche psychische Störungen vorhanden waren, die aber meistens zur Zeit der Entlassung verschwanden. Es ist anzunehmen, dass sie alle geheilt werden könnten, wenn sie längere Zeit verblieben wären. Als ungeheit sind im ganzen 8 Kranke entlassen worden, einer von den Männern und 7 von den Frauen. Von diesen 8 ungeheilten Fällenn waren 2 auf Wunsch der Fltern nach einige Tagen entlassen worden, zu den übrigen 6 Fällen gehören beide Fälle von Chorea mit Dementia senilis, ein Fall

von hysterischer Chorea gravidarum, ein Fall von Chorea gravidarum mit Neuritis multipla, ein Fall von Chorea minor mit Amentia bei Debilität und ein Fall von Dementia epileptia im Anschluss an Recidivschorea.

Was die Terapie betrifft. so war sie eine teils physikalische, teils medikamentöse. Vor allem war immer gesorgt für körperliche und geistige Ruhe und man musste dabei sogar so weit gehen, dass man mitunter irgend welche Besuche der Angehörigen einschränken musste; sehr nutzbringend wirkte die Hydro- und Balneotherapie. Das medicamentöse Heilverfahren bestand selbstverständlich in dem sogen. „Specificum" für Chorea im Arsen (Sol. Fowl.), welches vollständig genügte in den Fällen mit leichten psychischen Störungen, es versagte aber in den schweren Fällen, in denen man sich oft zu Chloralamid und Chloral wenden musste, auch mitunter zu Hyoscin, welche Mittel meistens Beruhigung brachten. Dis Schlaflosigkeit wurde oft mit Brom behandelt, sehr gut wirkte dabei auch Veronal.

Indem ich hiermit zum Schlusse meiner Arbelt gelange, erinnere ich mich an die Gedanken und Gefühle, die von den meisten Forschern der Chorea ausgesgrochen worden sind. Im Jahre 1810 schrieb Bouteille über den schweren Eindruck, den auf ihn das Lesen der Chorealiteratur machte, weil überall „un résultat uniforme sur la nature de cette maladie" fehlte; mit denselben Worten von Bouteille beginnt Rufz im Jahre 1834 seine Arbeit über Chorea. Arndt schreibt im Jahre 1868 über die Dunkelheit der rätselhaften psychischen Vorgänge bei der Chorea, im Jahre 1885 weist Ziemssen auf die „Verwirrung", die im Bezug auf den Veitstanz herrscht, auf „das wüste Chaos der Chorealiteratur", und endlich im Jahre 1899

muss Wollenberg, ungeachtet der enormen Literatur über Chorea, die in dieser Zeit erschienen ist, zugeben, dass „auch bis jetzt der Krankheitsbegriff der Chorea kein einheitlicher“ sei, was schon ungefähr vor einem Jahrhundert von Bouteille ausgesprochen worden ist. Das zeigt uns aber, wie unbedingt notwendig und nützlich auch die klinischen Beiträge zur Erkenntnis der Chorea sein mögen, die allein doch nicht zur Schaffung von vollkommener Klarheit genügen; dazu muss uns die Pathologie zur Hife kommen. Und die enormen Fortschritte, die die Pathologie in den letzten Jahrzehnten auf sämtlichen Gebieten zu verzeichnen vermag, gibt uns die Hoffnung, dass sie in Chorea Klarheit schaffen wird, denn wenn auch nicht das letzte, so gehört doch das entscheidendste Wort über das Wesen der Chorea jetzt der pathologischen Anatomie und Bakteriologie.

Es ist mir hier eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Geh.-Rat Prof. Dr. Ziehen für die Ueberweisung des Themas und des Krankenmaterials meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

Arndt, Chorea und Psychose. Archiv für Psychiatrie. Bd. I. 1868 Berlin.

Ball, Leçons sur les maladies mentales. II Edition 1890, Paris.

Bernstein, A., Die psychischen Störungen der Chorea minor. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Band 53, 1897.

Bischoff, Ein Fall von Chorea senilis. Deutsches Archiv für klinische Medizin. Band 69, 1901.

Brüning, Ueber 65 Fälle von Chorea minor aus dem Leipziger Krankenhause. Deutsche Aerzte Zeitung, 1902.

Bumm, Grundriss zum Studium der Geburtshülfe. II. Aufl., 1903.

Chareot, De la chorée vulgaire chez les vieillards. Le progrès médical. 1878.

Collins, Joseph, Abrahamson, The Etiology of Sydenham's Chorea (Refer. im Jahresbericht über die Leistungen und . . . auf dem Gebiete der Neurologie und Psych.) IV. Jahrg. 1901).

Dankin, Cases of pregnancy complicated by Chorea. Practitionär II (Refer. im Jahresbericht über die Leist. . . . . auf d. Geb. der Neur. und Psych. I. Jahrg. 1898).

Duchesne, Chorea avec Hallucinations. Gazette des Hopitaux. 34e année 1861.

Eason, The Theory of the Pathology of Chorea. Ref. im Jahresb der Neurol. und Psych. III. Jahrg. 1900).

Eulenberg, Chorea. Real-Encyklopädie der gesamten Heilkunde. Bd. IV, 2. Aufl. 1885.

H. Haeser, Lehrbuch der Geschichte der Medizin und . . . . Band III 1882 Jena.

Herz, Briefe an Aerzte. I. Sammlung 1811 Berlin.

Heubner, Lehrbuch der Kinderkrankheiten. Bd. I 1903 Leipzig.

Koch, zur Lehre von der Chorea minor. Deutsches Archiv für klin. Medizin. Bd. XL. 1887.

Kowalewsky, P., Chorea und choreischer Irrsinn. Russkij Archiv dlja Psych. XIV. 2.

Kraepelin, Psychiatrie. Bd. I u. II, 7. Aufl. 1903.
Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie. 1890.
Krafft-Ebing, Ueber Psychosen bei Chorea. Wiener klin. Rundschau. 1900.
Kraus, F., Chorea. In Mehrings Lehrbuch der inneren Medizin 1901. Jena.
Kroner, Chorea gravidarum. Inaug.-Diss. Berlin. 1896.
Leidersdorf, Chorea minor in ihren Beziehungen zu psychischen Störungen. Wochenblatt der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. 25. Jahrg. 1869. Bd. IX.
Mairet, Manie choreique. Ann. medic.-psychol. 1889.
Marcé, De l'état mental dans la chorée. Mémoires de l'académie impériale de médecine Tome 24, 1860 Paris.
Mendel, Leitfaden der Psychiatrie. 1902. Stuttgart.
Meyer, Chorea und Manie. Archiv für Psychiatrie. Bd. II. 1870.
Möbius, Neurologische Beiträge. Heft 2.
Möbius, Ueber Seelenstörungen bei Chorea. Münchn. Mediz. Wochenschr. 1892.
Money, Some Statistiks of Chorea. Brain V. 1883.
Mongeri, Nervenkrankheiten und Schwangerschaft. Allgem. Zeits. für Psych. Bd. 58, 1901.
Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 1898. Berlin.
Preuss, Nerven- und Geisteskrankheiten nach Talmud und Bibel. Allgem. Zeit. für Psych. 1899. Bd. 56.
Régis, Précis de Psychiatrie. III Edition. Paris.
Romberg, Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen. Bd. I, 1840, Berlin.
Rufz, Récherches sur quelques points de l'histoire de la chorée chez les enfants. Archive gén. de médecine. 1834, II. Serie, Tome IV, Paris.
Schuchardt, Chorea und Psychose. Allgem. Zeits. für Psych. Bd. 43, 1887.
Steiner, Klinische Erfahrungen über Chorea minor. Prager Vierteljahresschrift für praktische Heilkunde. Bd. III. 1868.
Schultze, J. Fr., De Chorea St. Viti. Inaug.-Diss. Berlin. 1821.
K. v. d. Steinen, Ueber den Anteil der Psyche am Krankheitsbilde der Chorea. Inaug.-Diss. Strassburg. 1875.
Séglas, Quelques considérations sur l'état mentale de les chorées. Bull. de la Société de médec. ment, de Belg. 1888.
Schüle, Klinische Psychiatrie. III. Aufl. 1886.
Strümpell, Lehrbuch der spez. Pathologie und Therapie. Bd. III. Leipzig. 1902.

Stiebel jun., Leichenbefunde aus d. Kinderhosp. zu Frankf. a. M. Chorea. Journal für Kinderheilkunde. Bd. XVI. 1851.
Wernicke, Grundriss der Psychiatrie. 1900. Leipzig.
Wilke, E., Versuch einer Monographie des grossen Veitstanzes und . . . . 1844. Leipzig.
Wollenberg, Chorea. Nothnagels spez. Pathologie und Therapie. Bd. XII, 2. Teil, 1899.
Ziehen, Psychiatrie. II. Aufl. 1902. Leipzig.
Ziemssen, Chorea. Handbuch d. spez. Pathol. und Therapie. Bd. II. Leipzig. 1875.
Zinn, Beziehungen der Chorea zu Geistesstörungen. Archiv für Psych. Bd. XXVIII. 1896.

Thesen.

I.

Das letzte Wort über das Wesen der Chorea minor gehört der pathologischen Anatomie und Bakteriologie.

II.

Es wäre zweckmässig, eine klinische Krankheitsgruppe als „psychopathische Konstitution" abzugrenzen.

III.

Prognose und Therapie der Krankheiten hängen auch von den sozialen Zuständen ab.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Schlioma Markowitsch, Sohn eines israelitischen Bürgers, ist am 26. Oktober 1882 in der Stadt Witebsk (Russland) geboren. Seine Vorbildung genoss er in dem klassischen Gymnasium zu Tambow, in welchem er sein Reifezeugnis im Jahre 1902 erhalten hat. Im Herbst desselben Jahres begab er sich nach Berlin, wo er an der medizinischen Fakultät der Universität immatrikuliert wurde, und studierte hier ununterbrochen 10 Semester. Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen und Kliniken folgender Herren Dozenten: Blumenthal, Bumm, Engelmann, Fischer, Ficker, Goldscheider, Greeff, Henkel, Hertwig, Heubner, Hildebrand, Katz, Kraus, Lesser, Lewin, v. Leyden, Meyer, Michaelis, Nagel, Olshausen, Orth, Plate, Rubens, Rubner, Senator, Thierfelder, Waldeyer, Ziehen.